

УДК 616.895.8-084-036.83



ОСОКИНА О.И.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
г. Красный Лиман

## ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ В ПОТЕНЦИРОВАНИИ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ СТАДИЯХ ШИЗОФРЕНИИ

**Резюме.** В статье определены критерии клинической ремиссии, которые используются на современном этапе для пациентов с шизофренией (международные критерии Andreasen N. С., 2005). Отмечено, что недостатком данных критериев является отсутствие среди них критериев, отражающих социальную адаптацию пациентов, уровень их функционирования в обществе. В статье проведено комплексное исследование 237 пациентов с первым манифестным приступом шизофрении и представлены результаты оценки исходов болезни за 2-летний период, включая клинический, социальный и личностный аспекты. Проведен сравнительный анализ исходов шизофрении в группе пациентов (122 человека), которые были включены в комплексную программу лечения, и в группе пациентов (115 человек), получавших стандартную терапию. Комплексное лечение включало медикаментозную терапию и разработанную автором систему психотерапевтической реабилитации, содержание которой тезисно представлено в данной статье. Выявлены положительные корреляционные связи между более высоким уровнем социального функционирования, качества жизни, когнитивного функционирования пациентов, степени осознания пациентами психической болезни и благоприятными клинико-социальными исходами шизофрении. Методом построения многофакторных математических моделей установлены значимые предикторы двухлетних исходов болезни. Среди них: особенности лечебно-реабилитационной тактики, длительность нелеченого заболевания, выраженность симптоматики в продромальном периоде психоза, клиническое состояние пациента после купирования острой продуктивной симптоматики, уровень качества жизни пациентов и степень осознания пациентами психической болезни. Установлено, что при стандартизации по всем значимым факторам риска применение комплексного лечения пациентов с использованием медикаментозной терапии и разработанной автором системы психотерапевтической реабилитации позволяет снизить риск неблагоприятного двухлетнего исхода болезни ( $p < 0,001$ ), отношение шансов равно 0,17 (95% доверительный интервал 0,06–0,45). Представлено клиническое наблюдение, которое демонстрирует то, как меняется прогноз болезни при использовании стандартного или комплексного лечения.

**Ключевые слова:** ремиссия, исходы шизофрении, психотерапевтическая реабилитация.

Адрес для переписки с автором:  
Осокина Ольга Игоревна  
84404, Донецкая область, г. Красный Лиман, ул. Кирова, 27  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького

© Осокина О.И., 2015  
© «Международный неврологический журнал», 2015  
© Заславский А.Ю., 2015

В последние годы акцент в изучении шизофрении переместился с анализа клинической картины обострений на исследование ремиссий. В связи с этим остро стали вопросы стандартизации критериев ремиссии с использованием измерительного подхода к ее оценке, а также обозначение и измерение функциональных характеристик состояния пациента [1]. Понятие ремиссии при шизофрении включает в себя не только ослабленную психопатологическую симптоматику, но и негативные симптомы, компенсаторные формирования, способствующие реадaptации [2], своеобразные личностные изменения как результат патологического процесса (личностный сдвиг, *pathos* по Снежневскому А.В. [3, 4]), а также разнообразные личностные реакции как вариант приспособления и отражения своего отношения на наличие болезни [5].

Предложенные критерии ремиссии, разработанные N.C. Andreasen в 2005 году, включают минимальный 6-месячный период, необходимый для ее формирования, и определяют ее как отсутствие симптомов, низкий или умеренный уровень их выраженности (не более 3 баллов по каждой из клинических шкал PANSS, что не должно влиять на поведение больного [6, 7]). Существенным недостатком указанных критериев ремиссии является полное игнорирование аспектов социальной адаптации пациентов после манифестации болезни, степени восстановления их функционирования в обществе в различных сферах жизни (профессионально-трудовой, семейной, бытовой, сексуальной и др.), уровня их психологического комфорта и субъективного ощущения здоровья. В последнее время некоторые исследователи шизофрении видят необходимым включение в критерии ремиссии выраженности и количества резидуальных симптомов, глубины осознания пациентами своего заболевания [8, 9], когнитивных дисфункций, аффективных нарушений, суицидальной опасности, уровня социального функционирования [10, 11], психологического и экзистенциально-личностного восстановления пациентов [12]. По мнению большинства ученых и клиницистов [13–17], существует острая необходимость своевременного и эффективного медикаментозного и немедикаментозного вмешательства на самых ранних этапах шизофрении, что значительно влияет на клинический и социальный прогнозы болезни, улучшая ее исходы. Эффективность такого комплексного подхода уже отражена в ряде современных научных исследований [18–20], результаты одного из которых представлены в настоящей публикации.

## Материал и методы

В исследование было включено 237 пациентов мужского (139 (58,6 ± 3,2 %) человек) и женского (98 (41,4 ± 3,2 %) человек) пола в возрасте 18–35 лет с первым манифестным приступом шизофрении. Это понятие объединяет по синдромальному принципу схожие между собой состояния нарушения психики, которые

проявляются нарушением мышления, бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением, нарушенным аффектом и дезориентацией.

Критериями исключения из исследования были: наличие выраженной дефицитарной симптоматики (эмоционально-волевого снижения, социальной аутизации); психоз вследствие органических причин (посттравматического, сосудистого, интоксикационного генеза), употребления алкоголя и психоактивных веществ; диагностическая рубрика аффективной патологии с психотическими симптомами; сочетание шизофрении с умственной отсталостью.

Для достижения цели исследования из выборки пациентов было сформировано две группы. В основную группу вошло 122 пациента, включенные в комплексную программу лечения (медикаментозная терапия и разработанная автором научно обоснованная система психотерапевтической реабилитации). Группу сравнения составили пациенты (115 человек), получавшие только фармакотерапию. Пациенты основной группы в соответствии с комплексной программой получали основную, а затем поддерживающую терапию базовым нейролептиком и одновременно с этим проходили полугодовой курс реабилитации, которая включала в себя немедикаментозные методы воздействия. На протяжении этого времени больные посещали психотерапевтические занятия 2–3 раза в неделю, а через полгода переходили на поддерживающее реабилитационное лечение 1–2 раза в месяц на фоне продолжения фармакотерапии.

С первого дня пребывания в стационаре все пациенты получали медикаментозное лечение антипсихотическими препаратами в соответствии с клиническим протоколом оказания психиатрической помощи больным шизофренией. Перед назначением фармакотерапии пациент и его родственники (в случае, если пациент находился в состоянии психомоторного возбуждения, — только родственники) информировались обо всех аспектах лечения. Для купирования острого психотического состояния использовались инъекционные атипичные антипсихотики (раствор оланзапина 10 мг/сут внутримышечно (в/м) № 5, раствор клопиксола-акуфаз (зуклопентиксол) 50 мг/сут в/м 1 раз в 3 дня № 3) и типичные антипсихотики (раствор галоперидола 2–5 мг в/м 2–3 р/сут; раствор трифтазина (фенотиазина дигидрохлорид) 1–2 мг 2–3 р/сут); в других случаях по показаниям назначались таблетированные атипичные антипсихотики (рисперидон 2–6 мг/сут, клозапин 50–200 мг/сут, кветиапин 200–450 мг/сут, оланзапин 5–10 мг/сут, амисульприд 200–600 мг/сут, арипипразол 10–30 мг/сут, сертиндол 12–16 мг/сут). Поддерживающее лечение осуществлялось путем назначения вышеуказанных атипичных таблетированных препаратов в поддерживающих дозировках, депонированных атипичных нейролептиков (раствор клопиксола депо (зуклопентиксол) 200–400 мг 1 раз в 2–4 нед.; раствор рисполепта конста 25 мг 1 раз в 2 нед.) или типичных

нейролептиков (раствор галоперидола деканоат 50 мг в/м 1 раз в 3 нед.; раствор флуфеназина деканоат 25 мг в/м 1 раз в 4 нед.). Предпочтение отдавалось атипичным антипсихотикам в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное и социальное функционирование больных, лучшей переносимостью и меньшим по сравнению с типичными нейролептиками количеством побочных эффектов. При наличии в структуре психотического приступа выраженной аффективной симптоматики назначалось лечение антидепрессантами или препаратами лития, по показаниям назначались стабилизаторы настроения и корректоры нейролепсии.

При назначении медикаментозного лечения учитывались клинические особенности заболевания, длительность течения болезни, возраст пациентов, индивидуальная переносимость препаратов, ответ на терапию (время, необходимое для купирования симптоматики на 40 %), а также принцип назначения минимально эффективных дозировок. Препараты для поддерживающего лечения и способ их использования подбирались отдельно для каждого случая с учетом возможности длительного приобретения препарата пациентом и удобного режима его приема.

Разработанная автором концепция психотерапевтической реабилитации больных шизофренией заключалась в рассмотрении процесса реабилитации как личностно-субъективного восстановления социального функционирования, качества жизни, самоидентичности, личностной направленности, осмысленности и экзистенциальной исполненности жизни, стрессоустойчивости и умении реализовывать свой потенциал при сохранении биогенетической уязвимости и социальных ограничений, накладываемых болезнью. В основе концепции лежит использование когнитивного, экзистенциального и психологического ресурсов личности, знание о факторах, имеющих прогностическое значение, рассмотрение шизофрении с точки зрения биопсихосоциального подхода, экзистенциальной парадигмы, личностно-ориентированного и позитивного подходов к осуществлению реабилитационных мероприятий.

Система реабилитации включала в себя: 1) общеизвестные и авторские методы психотерапевтической работы со смыслом, волей, ответственностью, свободой и изоляцией; 2) формирование новой личностной направленности с реконструкцией ценностно-смысловой сферы, постановкой новых целей, укреплением внутренних детерминант выздоровления (веры, надежды, оптимизма, ощущения своей ценности и достоинства); 3) коррекцию личностной идентичности, которая нарушена болезнью; 4) повышение стрессоустойчивости путем формирования конструктивных механизмов психологической защиты, копинга и обучения регуляции стрессогенности окружающего пространства; 5) работу над повышением степени осознания психической болезни (инсайтом); 6) психообразовательную работу с пациентом и членами его семьи.

Распределение пациентов по нозологическим категориям Международной классификации болезней 10-го пересмотра было следующим: шизофрения параноидная, период наблюдения менее 1 года (F20.09) — 61 ( $25,7 \pm 2,8$  %) человек, шизофрения кататоническая, период наблюдения менее 1 года (F20.29) — 5 ( $2,1 \pm 0,9$  %) человек, острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) — 25 ( $10,5 \pm 2,0$  %) человек, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) — 75 ( $31,6 \pm 3,0$  %) человек, шизоаффективное расстройство (F25) — 48 ( $20,3 \pm 2,6$  %) человек; острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) — 12 ( $5,2 \pm 1,4$  %) человек, острое бредовое расстройство (F23.3) — 11 ( $4,6 \pm 1,4$  %) человек. Синдромальная структура шизофрении представлена параноидным синдромом у  $38,4 \pm 3,2$  %, синдромом психического автоматизма — у  $30,8 \pm 3,0$  %, аффективно-бредовым синдромом — у  $28,7 \pm 2,9$  % и кататоническим синдромом — у  $2,1 \pm 0,9$  % пациентов. Продромальный период психоза представлен непрерывным вариантом течения психопатологической симптоматики в  $23,6 \pm 2,8$  %, эпизодическим — в  $35,0 \pm 3,1$  % и смешанным — в  $41,4 \pm 3,2$  % случаев.

Эффективность проведенных мероприятий оценивалась при помощи разработанной автором системы прогнозирования клинко-социальных исходов шизофрении, представленной в виде многофакторной математической модели в среде табличного процессора Excel [21, 22], а также с использованием стандартизированных шкал.

При проведении исследования использовался клинический метод, включающий в себя оценку психического статуса пациента при помощи шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) [23], которая позволяет оценивать выраженность имеющейся на момент исследования психопатологической симптоматики. Оценка исходов болезни оценивалась при помощи клинической шкалы восстановления IMR (Illness Management and Recovery) и самооценочного опросника восстановления RMQ (Recovery Markers Questionnaire) пациентов после манифестного приступа болезни [24, 25]. Ретроспективный сбор информации у пациента и его социального окружения проводился с использованием шкалы оценки выраженности продромальных симптомов [26], которая представляет собой адаптированный вариант шкалы SOPS [27] и позволяет оценивать интенсивность и качественный состав продромальных симптомов психотического расстройства. Показатели социальной адаптации оценивались при помощи шкалы уровня социального функционирования в различных сферах В.В. Зайцева (1999) [28] и краткого опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни — WHOQOL-BREF (The World health organization Quality of Life) [29]. Шкала GACF-CogFu (Global Assessment

Таблица 1. Динамика показателей клиничко-социальных исходов шизофрении в исследуемых группах

Группы	Показатель	0,5 года после первого манифестного приступа	1 год после первого манифестного приступа	2 года после первого манифестного приступа	P
Основная группа	Клиническая шкала восстановления IMR	4,01 ± 0,05*	3,97 ± 0,06*	3,87 ± 0,05*	0,050
	Самооценочный опросник восстановления RMQ	4,10 ± 0,05*	4,20 ± 0,05*.*	4,15 ± 0,05*	0,006
	Общий показатель исходов	4,06 ± 0,05*	4,08 ± 0,06*.*	4,01 ± 0,05*	0,010
Группа сравнения	Клиническая шкала восстановления IMR	2,93 ± 0,07	3,31 ± 0,08#	3,16 ± 0,08	0,002
	Самооценочный опросник восстановления RMQ	3,10 ± 0,07	3,63 ± 0,06#	3,47 ± 0,07#	< 0,001
	Общий показатель исходов	3,01 ± 0,07	3,47 ± 0,07#	3,31 ± 0,07#	< 0,001

**Примечания:** # — отличие от показателей через 0,5 года после первого манифестного приступа шизофрении статистически значимо ( $p < 0,05$ ); \* — отличие от группы сравнения в соответствующий период времени статистически значимо ( $p < 0,05$ ).

of Cognition Function) [30] использовалась для оценки уровня когнитивного функционирования. Для измерения уровня осознания психической болезни у больных шизофренией был использован адаптированный вариант шкалы SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) [31], который позволял определить общий уровень осознания и шесть его основных аспектов: осознание наличия психического расстройства, его названия, симптомов, необходимости лечения, эффекта от приема медикаментов и социальных последствий болезни. Математическая обработка полученных результатов проводилась с использованием персонального компьютера в статистическом пакете MedStat [32].

## Результаты и их обсуждение

Нами проведен анализ и представлены результаты исследования динамики исходов первого психотического приступа шизофрении, которые оценивались при помощи шкал IMR и RMQ на протяжении двух лет после манифестации болезни. Существенным вкладом в изучение возможности прогнозирования ранних стадий шизофрении в данном исследовании является комплексное всестороннее рассмотрение исхода болезни, включая его клинический, социальный и личностный аспекты. Среди социально-личностных показателей изучались уровень социального функционирования, качества жизни, когнитивного функционирования и степень осознания пациентами своего заболевания. Проводился сравнительный анализ исходов в исследуемых группах пациентов, что предоставило возможность оценить исходы болезни в случае комплексной и стандартной терапии.

Анализ усредненного показателя шкал IMR и RMQ на протяжении 2 лет после психотического приступа выявил тенденцию к улучшению клинического состояния и уровня социальной адаптации у пациентов обеих групп (табл. 1).

У пациентов основной группы общий показатель клиничко-социального исхода шизофрении через 0,5

года, 1 год и 2 года был достоверно ( $p < 0,05$ ) выше (4,06 ± 0,05 балла, 4,08 ± 0,06 балла и 4,01 ± 0,05 балла соответственно), чем в группе сравнения (3,01 ± 0,07 балла, 3,47 ± 0,07 балла и 3,31 ± 0,07 балла соответственно). При этом по окончании разработанной системы реабилитации на протяжении 2 лет значение данного показателя соответствовало благоприятному исходу, в то время как в сравниваемой группе общий показатель исхода в эти временные периоды соответствовал недостаточному уровню социальной адаптации пациентов (3,01 ± 0,07 балла, 3,47 ± 0,07 балла и 3,31 ± 0,07 балла соответственно).

Такие высокие средние значения общего показателя исхода шизофрении у пациентов основной группы были корреляционно связаны с хорошим уровнем качества жизни ( $r = 0,674$  через 0,5 года,  $r = 0,481$  через 1 год,  $r = 0,632$  через 2 года после манифестного приступа) и социального функционирования ( $r = -0,561$  через 0,5 года,  $r = -0,465$  через 1 год,  $r = -0,538$  через 2 года после манифестного приступа) (табл. 2). Результаты табл. 2 демонстрируют наличие умеренной степени выраженности корреляционных связей между качеством исходов шизофрении и социальными показателями (социальное функционирование, качество жизни). В среднем пациенты основной группы продолжали работать или учиться, вели плодотворную, осмысленную жизнь, брали на себя ответственность за лечение своего заболевания и заботились о близких. Полученные коэффициенты корреляции свидетельствовали о влиянии уровня когнитивного функционирования у пациентов основной группы на показатели исходов шизофрении ( $r = 0,62$  через 0,5 года,  $r = 0,599$  через 1 год,  $r = 0,634$  через 2 года), а также о существенном влиянии на исходы степени осознания пациентами своего психического расстройства ( $r = -0,46$  через 0,5 года,  $r = -0,471$  через 1 год,  $r = -0,509$  через 2 года после манифестного приступа).

Распределение пациентов исследуемых групп по степени достижения ими удовлетворительного уровня социальной адаптации после манифестации шизофрении

приведено в табл. 3. Исход считался неблагоприятным, если среднее арифметическое показателей шкал IMR и RMQ было ниже 2,8 балла.

Из табл. 3 видно, что через 6 месяцев после манифестации шизофрении благоприятный исход отмечался у 124 (52,3 ± 3,2 %), через 1 год — у 138 (58,2 ± 3,2 %), через 2 года — у 130 (54,9 ± 3,2 %) пациентов. Преобладание среди пациентов, достигших благоприятного исхода болезни через 2 года после первого манифестного приступа, представителей

основной группы, доказывало эффективность комплексного лечения.

Прогнозирование исходов манифестного приступа шизофрении осуществлялось при помощи разработанной автором прогностической модели, позволяющей оценивать возможность достижения каждым конкретным пациентом благоприятного клиничко-социального исхода и планировать для этого соответствующий объем, содержание и длительность лечебно-реабилитационных мероприятий. Модель

**Таблица 2. Результаты анализа корреляционных связей показателей исходов шизофрении и некоторых личностно-социальных характеристик пациентов основной группы (приведены значения критерия r Пирсона)**

Шкалы	Показатели	Через 0,5 года после первого манифестного приступа			Через 1 год после первого манифестного приступа			Через 2 года после первого манифестного приступа		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Уровень социального функционирования в различных сферах жизни, шкала В.В. Зайцева	Социальное функционирование	-0,55	-0,523	-0,561	-0,485	-0,432	-0,465	-0,523	-0,535	-0,538
Уровень качества жизни, WHOQOL-BREF	Сфера 1	0,505	0,488	0,521	0,347	0,351	0,354	0,524	0,57	0,571
	Сфера 2	0,51	0,522	0,559	0,419	0,422	0,43	0,602	0,547	0,587
	Сфера 3	0,566	0,593	0,615	0,404	0,447	0,433	0,616	0,611	0,639
	Сфера 4	0,603	0,624	0,659	0,494	0,48	0,501	0,639	0,609	0,65
	Общий уровень качества жизни	0,614	0,637	0,674	0,463	0,476	0,481	0,604	0,61	0,632
Уровень когнитивного функционирования, GACF-CogFu	Когнитивное функционирование	0,559	0,605	0,62	0,546	0,517	0,559	0,621	0,606	0,634
Степень осознания психической болезни, SUMD	Осознание пациентами психической болезни	-0,473	-0,409	-0,46	-0,496	-0,443	-0,471	-0,482	-0,508	-0,509

**Примечания:** 1 — показатель по клинической шкале восстановления IMR; 2 — показатель по самооценочному опроснику восстановления RMQ; 3 — общий усредненный показатель исходов шизофрении.

**Таблица 3. Распределение пациентов исследуемых групп по уровню клиничко-социального восстановления после первого манифестного приступа шизофрении**

Уровень восстановления пациентов после манифестации шизофрении		Основная группа (n = 122)		Группа сравнения (n = 115)		Суммарно в обеих группах (n = 237)	
		Абс.	% ± m%	Абс.	% ± m%	Абс.	% ± m%
Через 0,5 года	Недостаточный (n = 29)	29	23,8 ± 3,9	84	73,0 ± 4,1	113	47,7 ± 3,2
	Высокий (n = 93)	93	76,2 ± 3,9	31	27,0 ± 4,1	124	52,3 ± 3,2
Через 1 год	Недостаточный (n = 26)	27	22,1 ± 3,8	72	62,6 ± 4,5	99	41,8 ± 3,2
	Высокий (n = 96)	95	77,9 ± 3,8	43	37,4 ± 4,5	138	58,2 ± 3,2
Через 2 года	Недостаточный (n = 34)	33	27,0 ± 4,0	74	64,3 ± 4,5	107	45,1 ± 3,2
	Высокий (n = 88)	89	73,0 ± 4,0	41	35,7 ± 4,5	130	54,9 ± 3,2

строилась на изучении 107 факторных признаков, среди которых математическим путем были отобраны те, которые оказывали наибольшее влияние на исходы шизофрении. Среди прогностически значимых предикторов двухлетнего исхода болезни выделены: особенности лечебно-реабилитационной тактики, длительность нелеченого заболевания, выраженность симптоматики в продромальном периоде психоза, клиническое состояние пациента после купирования острой продуктивной симптоматики, уровень качества жизни пациентов и степень осознания пациентами психической болезни. Установлено, что при стандартизации по всем значимым факторам риска применение комплексного лечения пациентов с использованием медикаментозного лечения и системы психотерапевтической реабилитации позволяет снизить риск неблагоприятного двухлетнего исхода болезни ( $p < 0,001$ ), отношение шансов равно 0,17 (95% доверительный интервал 0,06–0,45). Таким образом, как математическим, так и опытным путем было подтверждено, что использование комплексного лечения больных с ранними стадиями шизофрении имеет существенные преимущества перед традиционным лечением.

### Клиническое наблюдение

Больная Х., 26 лет, история болезни № 272. Диагноз: параноидная шизофрения, параноидный синдром, период наблюдения менее 1 года (F20.09).

Поступает в психиатрическую больницу впервые в жизни в связи с появлением слуховых обманов восприятия, суицидальных мыслей, страха, неадекватного поведения. Жалобы на наличие мужских и женских голосов, которые «находятся в глазах, лезут в глаза», ощущение воздействия извне, страх, плохой ночной сон, снижение настроения.

Наследственность нервно-психическими заболеваниями отягощена по линии матери (у матери диагноз: шизофрения).

Психический статус: контакт с больной малопродуктивен. Поведением обнаруживает признаки галлюцинаций: двигательно заторможена, на вопросы отвечает после длительной паузы, некоторые вопросы понимает не сразу, погружена в собственные переживания, взгляд устремлен в одну точку, мимо собеседника. Сидит в одной позе, говорит тихим маломодулированным голосом. Мимика на лице отсутствует. Ориентирована всесторонне верно. При детальном расспросе сообщила, что слышит мужские и женские голоса, которые «лезут в глаза, пугают, говорят плохое, но заставляют при этом улыбаться». Сообщает, что это голоса знакомых и незнакомых людей, которые «хотят уничтожить мою личность». Считает, что находится под воздействием гипноза. На вопрос о том, каким образом голоса появляются в глазах, сообщает: «Из мобильного телефона тянутся

две тонкие ниточки прямо мне в глаза, так со мной начинают разговаривать». Периодически бьет себя ладонями по глазам, сообщая, что таким образом пытается устранить голоса. Речь в замедленном темпе. Имеют место формальные расстройства мышления в виде соскальзывания, разорванности, паралогичности. Фон настроения снижен. Имеет место эмоциональная неадекватность, некоторое эмоциональное снижение. Внимание трудно переключается. Интеллектуально-мнестически без снижения. Критика к болезни отсутствует.

Ретроспективный анамнез: длительность продромального периода 2,5–3 года. Результаты по шкале SOPS: шкала А — 23 балла, шкала В — 31 балл, шкала С — 21 балл, шкала D — 16 баллов,  $\Sigma$  — 91 балл.

Психодиагностическое исследование: результаты обследования по шкале SUMD:  $\Sigma$  — 4,6 балла (нарушенное осознание болезни). По опроснику WHOQOL-BREF: сфера 1 — 15 баллов, сфера 2 — 12 баллов, сфера 3 — 7 баллов, сфера 4 — 19 баллов,  $\Sigma$  — 53 балла (низкий уровень качества жизни).

В отделении получала медикаментозное лечение (раствор клопиксола-акуфаз, табл. рисперон, аминазин, циклодол, соннат).

В течение первого времени пребывания в отделении удерживалась продуктивная симптоматика в виде слуховых псевдогаллюцинаций, психических автоматизмов, испытывала страхи, был нарушен ночной сон. В отделении была аутистичной, социально отгороженной, с больными общалась неохотно, была фиксирована на своих болезненных переживаниях. В ходе проведенной терапии продуктивная симптоматика, аффективные нарушения были полностью купированы, критика к болезни оставалась сниженной. Клиническое состояние на момент выписки — сохранение остаточной негативной симптоматики.

Рекомендовано: продолжить лечение в условиях дневного стационара по месту жительства, поддерживающее лечение: раствор клопиксола депо 1,0 в/м 1 раз в 3 нед., табл. циклодол 2 мг 3 р/сут. Дальнейшие реабилитационные мероприятия методом социотерапии, трудотерапии. В программу комплексного лечения больная не была включена (только медикаментозная терапия).

Прогноз экспертной системы: через 0,5 года клинико-социальный исход болезни неблагоприятный — неполная ремиссия и низкий уровень социальной адаптации ( $Y = 0,776$  при  $Y_{crit} = 0,4679$ ;  $Y > Y_{crit}$ ), через 1 год исход болезни тот же ( $Y = 0,357$  при  $Y_{crit} = 0,327$ ;  $Y > Y_{crit}$ ), через 2 года исход болезни тот же ( $Y = 0,560$  при  $Y_{crit} = 0,2827$ ;  $Y > Y_{crit}$ ).

Клинико-катамнестическое исследование включало:

1. Оценивание показателей исхода болезни при помощи IMR и RMQ: через полгода — исход 2,20 балла, через 1 год — 2,40 балла, через 2 года — 2,50 балла. Все исходы соответствуют неблагоприятному.

2. Оценка уровня социального функционирования в различных сферах при помощи шкалы В.В. Зайцева (1999): через 0,5 года — 29 баллов (низкий уровень), через 1 год — 27 баллов (ограниченный уровень), через 2 года — 30 баллов (низкий уровень).

3. Профессионально-трудоустройство: прогноз: больная не работает в течение последних 6 месяцев, за 2 года сменила 3 места работы.

4. Социальный прогноз: проживает с мужем и ребенком. Отношения в семье конфликтные. Таким образом, прогноз экспертной системы соответствовал результатам клинико-катамнестического исследования.

В случае включения данного пациента в программу комплексного лечения (фармакотерапия и система психотерапевтической реабилитации) прогноз экспертной системы был бы следующим: через 1 год становится вероятным появление благоприятного исхода ( $Y = 0,303$  при  $Y_{crit} = 0,327$ ;  $Y < Y_{crit}$ ), в то время как в полугодовой и двухгодичный периоды исход продолжает соответствовать неблагоприятному ( $Y = 0,488$  при  $Y_{crit} = 0,4679$ ;  $Y > Y_{crit}$  и  $Y = 0,401$  при  $Y_{crit} = 0,2827$ ;  $Y > Y_{crit}$  соответственно), однако значение показателя исхода (переменная  $Y$ ) значительно приближается к значению  $Y$  при благоприятном исходе. Как предположение, данная ситуация требует более длительного периода реабилитации для достижения желаемого результата в отдаленном периоде.

Таким образом, в настоящем исследовании доказана целесообразность использования на ранних стадиях шизофрении наряду с медикаментозным лечением курса психотерапии, объем и продолжительность которой можно определить путем изучения воздействующих на пациента предикторов, влияющих на исходы болезни. Можно также отметить, что от грамотно назначенной фармакотерапии во многом зависят качество и продолжительность клинической ремиссии, в то время как результатом психотерапии является полноценная адаптация пациентов в психологическом, личностном и социальном ее аспектах.

## Список литературы

1. Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки / А.С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6, № 4. — С. 28-32.
2. Морозов В.М. Клиника ремиссий при шизофрении / В.М. Морозов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — № 5. — С. 43-51.
3. Снежневский А.В. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / А.В. Снежневский. — М.: Медицина, 1972. — 400 с.
4. Снежневский А.В. Бред / А.В. Снежневский // Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 29-35.
5. Смулевич А.Б. Проблема ремиссий при шизофрении: клинико-эпидемиологическое исследование / А.Б. Смулевич, А.В. Андриющенко, Д.А. Бескова // Журнал неврологии и психиатрии. — 2007. — Т. 107, № 5. — С. 4-15.
6. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study / N.C. Andreasen, D. Liu, S. Ziebell [et al.] // Am. J. Psychiatry. — 2013. — Vol. 170, № 6. — P. 609-615.
7. Ninan P. Generalized anxiety disorder: why are we falling out patients? / P. Ninan // J. Clin. Psychiat. — 2001. — Vol. 62. — P. 3-10.
8. Коцюбинский А.П. Оценка динамики психического состояния / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. — 2006. — Т. 3, № 2. — С. 55-61.
9. Інсайт і показателі клінічного, соціального і личностного выздоровления больных с манифестным приступом шизофрении / О.И. Осокина, Г.Г. Пуятин, С.Г. Пырклов [и др.] // Питання експериментальної та клінічної медицини. Збірник статей. — 2014. — Т. 2, вип. 18. — С. 167-174.
10. Os J. Tracking patient remission, patient outcomes and treatment delivery in schizophrenia. Transcending Modest Expectations in Schizophrenia: Enhancing the Assessment of Patient Outcomes / J. Os // 13<sup>th</sup> Biennial Winter Workshop on Schizophrenia: Satellite Symposium: Program and Abstract Book, 06.02.2006. — Dalos: Janssen-Cilag, 2006. — P. 10-11.
11. Rupnow M.F.T. Improvement in global functioning with risperidone treatment in bipolar patients / M.F.T. Rupnow, C.M. Canuso, R. Hirschfeld // Risperidal: Poster Book. — N.Y.: Janssen-Cilag Organon, 2005. — P. 10.
12. Осокина О.И. Первый эпизод психоза у больных шизофренией: клинико-психопатологические, психологические и экзистенциально-личностные закономерности восстановления социального функционирования: дис... доктора мед. наук: 14.01.16 / Осокина Ольга Игоревна. — Харьков, 2015. — 450 с.
13. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Автореф. дис... на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «психиатрия» / А.С. Дороднова. — М., 2006. — 23 с.
14. Первый психотический эпизод: проблемы организационной помощи больным и ее эффективность / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, А.С. Дороднова [и др.] // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И.Я. Гуровича, проф. О.Г. Ньюфельда. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — С. 174-187.
15. Осокина О.И. Концептуальные основы экзистенциально-личностного восстановления больных с первым психотическим эпизодом / О.И. Осокина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2014. — № 2. — С. 3-12.
16. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. — Донецк: Каутан, 2009. — 584 с.
17. Былим И.А. Клинико-экономическая и социальная результативность работы больничного реабилитационного отделения / И.А. Былим // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 5. — С. 25-30.
18. Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years / N. Albert, M. Bertelsen, A. Thorup

[et al.]// *Schizophrenia Research*. — 2011. — Vol. 125. — P. 257-266.

19. Когнитивно-поведенческая терапия при лечении постоянного и рецидивирующего психоза у людей с заболеваниями шизофренического спектра: анализ экономической эффективности / М. Гааг, А.Д. Стант, К.Дж.К. Волтерс [и др.]// *Британский журнал психиатрии*. — 2011. — Т. 198, № 2. — С. 59-65.

20. Осокина О.И. Прогнозирование эффективности экзистенциально-личностной реабилитации у больных с манифестным приступом шизофрении / О.И. Осокина, В.А. Абрамов, Г.Г. Путькин [и др.]// *Клиническая информатика и телемедицина*. — 2014. — Т. 10, вып. 11. — С. 74-80.

21. Осокина О.И. Прогнозирование ближайшего клинико-функционального исхода у пациентов с первым эпизодом психоза / О.И. Осокина, В.А. Абрамов, В.Г. Гурьянов// *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. — 2014. — № 2(16). — С. 46-57.

22. Прогнозирование двухлетнего клинико-функционального исхода у пациентов с первым психотическим эпизодом / О.И. Осокина, В.А. Абрамов, С.Г. Пырклов [и др.]// *Вісник Української медичної стоматологічної академії*. — 2013. — Т. 13, вып. 3(43). — С. 216-223.

23. Kay S. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia / S. Kay, A. Fiszbein, L. Opler// *Schizophr. Bul.* — 1987. — Vol. 13, № 2. — P. 261-276.

24. Методичний комплекс ретроспективної оцінки до-манифестного етапу першого психотичного епізоду: метод. рекомендації / Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна та ін. — Донецьк, 2013. — 40 с.

25. Outcome Measures/Mental Health Services/County of San Diego/Health and Human Services Agency. — San Diego, 2009. — 12 p.

26. Методичний комплекс оцінки екзистенційно-особистісного відновлення хворих з першим психотичним епізодом: метод. рекомендації / Н.О. Марута, В.А. Абрамов, О.І. Осокіна та ін. — Донецьк, 2013. — 40 с.

27. Miller T. Early intervention in psychotic disorder / Miller T., Mednick S.A., McGlashan T.H. // *Series D: Behavioural and social sciences*. — 2001. — Vol. 91. — 288 p.

28. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: Автореф. дис... на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «психиатрия» / В.В. Зайцев. — СПб., 1999. — 23 с.

29. Programme on Mental Health/World Health Organization WHOQOL-bref Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. — Genève, 1996. — 18 p.

30. Cognitive Functioning Scale: A Scale for Rating Functioning Related to Cognitive Impairment in Schizophrenia / L. Alphas, F. Rappard, G. Haig [et al.]// *Pfizer, UCLA* — 2004. — 16 p.

31. Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії: метод. реком. / В.А. Абрамов, О.І. Осокіна, О.Г. Студзінський та ін. — Київ, 2011. — 39 с.

32. Лях Ю.Е. Анализ результатов медико-биологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов// *Вестник гигиены и эпидемиологии*. — 2004. — Т. 8, № 1. — С. 155-167.

Получено 07.07.15 ■

Осокіна О.І.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Красний Лиман

## МОЖЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ У ПОТЕНЦІОВАННІ РЕМІСІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РАННІМИ СТАДІЯМИ ШИЗОФРЕНІЇ

**Резюме.** У статті визначені критерії клінічної ремісії, що використовуються на сучасному етапі для пацієнтів із шизофренією (міжнародні критерії Andreasen N.C., 2005). Відзначено, що недоліком даних критеріїв є відсутність серед них критеріїв, що відображають соціальну адаптацію пацієнтів, рівень їх функціонування в суспільстві. У статті проведено комплексне дослідження 237 пацієнтів із першим манифестним нападом шизофренії і наведені результати оцінки наслідків хвороби на 2-річний термін, що містять клінічний, соціальний і особистісний аспекти. Проведено порівняльний аналіз наслідків шизофренії у групі пацієнтів (122 особи), які були включені в комплексну програму лікування, і у групі пацієнтів (115 осіб), які отримували стандартну терапію. Комплексне лікування включало медикаментозну терапію і розроблену автором систему психотерапевтичної реабілітації, зміст якої тезисно наведено в даній статті. Виявлено позитивні кореляційні зв'язки між більш високим рівнем соціального функціонування, якості життя, когнітивного функціонування пацієнтів, ступеня усвідомлення пацієнтами психічної хвороби

і сприятливими клініко-соціальними наслідками шизофренії. Методом побудови багатофакторних математичних моделей встановлені значущі предиктори дворічного наслідку хвороби. Серед них: особливості лікувально-реабілітаційної тактики, тривалість нелікованого захворювання, вираженість симптоматики у продромальному періоді психозу, клінічний стан пацієнта після усунення гострої продуктивної симптоматики, рівень якості життя пацієнтів і ступінь усвідомлення пацієнтами психічної хвороби. Встановлено, що при стандартизації за всіма значущими чинниками ризику застосування комплексного лікування пацієнтів із використанням медикаментозної терапії і системи психотерапевтичної реабілітації дозволяє знизити ризик несприятливого дворічного наслідку хвороби ( $p < 0,001$ ), відношення шансів дорівнює 0,17 (95% вірогідний інтервал 0,06–0,45). Наведено клінічне спостереження, що демонструє те, як змінюється прогноз хвороби при використанні стандартного або комплексного лікування.

**Ключові слова:** ремісія, наслідки шизофренії, психотерапевтична реабілітація.



Osokina O.I.

Donetsk National Medical University named after M. Horkyi, Krasnyi Liman, Ukraine

### THE POSSIBILITY OF DRUG TREATMENT AND PSYCHOTHERAPY IN POTENTIATION OF REMISSION IN PATIENTS WITH EARLY STAGES OF SCHIZOPHRENIA

**Summary.** The article defines the criteria for clinical remission, which are used for patients with schizophrenia at present (international criteria of Andreasen N.C., 2005). It was noted that limitations of these criteria are the lack among them of those criteria that reflect social adaptation of patients, level of their functioning in society. The article describes a comprehensive study of 237 patients with first episode schizophrenia and presents the results of evaluating disease outcomes for the period of 2 years, including clinical, social and personal aspects. It was carried out a comparative analysis of schizophrenia outcomes in the group of patients (122 people), who have been included in a comprehensive treatment program, and in the group of patients (115 subjects) receiving standard therapy. Comprehensive treatment included drug therapy and psychotherapeutic rehabilitation system developed by the author, the content of which is presented in this article. Positive correlations between higher level of patients' social functioning, quality of life, cognitive functioning, the degree of awareness of mental illness by patients and favorable clinical and social outcomes of

schizophrenia were revealed. The methods of constructing multivariate mathematical models were significant predictors of two-year clinical outcomes. Among them: features of treatment and rehabilitation approach, the duration of untreated illness, the severity of symptoms in the prodromal stage of psychosis, the clinical condition of a patient after the relief of acute productive symptoms, quality of life of patients and patients' awareness of mental illness. It was found that during the standardization by all significant risk factors, the comprehensive treatment of patients with the use of drug therapy and psychotherapeutic rehabilitation system developed by the author enables to reduce the risk of adverse 2-year disease outcome ( $p < 0.001$ ), the odds ratio is 0.17 (95% confidence interval 0.06–0.45). Clinical observation, which demonstrates how the prognosis of the disease changes when using standard or comprehensive treatment, is described.

**Key words:** remission, schizophrenia outcomes, psychotherapeutic rehabilitation.